**ALLEGATO 1 – PROGETTO INDIVIDUALE**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMAZIONI RELATIVE AL BENEFICIARIO** | |
| COGNOME E NOME: | |
| NATO/A A: | DATA DI NASCITA: |

* **COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO:**
* Coniuge/convivente
* Coniuge/convivente e figlio/i minore/i
* Coniuge/convivente e figlio/i maggiorenne/i
* Coniuge/convivente e figlio/i minore/i + figlio/i maggiorenne/i
* Coniuge/convivente + un genitore/ambedue genitori
* Ambedue i genitori
* Ambedue i genitori + fratello/i + sorella/e
* Padre
* Padre + fratello/i + sorella/e
* Madre
* Madre + fratello/i + sorella/e
* Fratello/i + sorella/i
* Figlio/a/i
* Solo
* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **COMPOSIZIONE SPECIFICA NUCLEO FAMILIARE DEL BENEFICIARIO:**
* Il beneficiario vive solo
* Il beneficiario minorenne, vive in presenza di un solo genitore (nucleo monogenitoriale)
* Vive in presenza di altra persona in possesso di certificazione di disabilità (persone in condizione di disabilità così come accertata ai sensi dell’art. 3, comma 1, 3 della L. 104/1992)
* Nessuna delle precedenti
* **TIPOLOGIA DI CAREGIVER FAMILIARE**
* Coniuge/convivente
* Ambedue i genitori
* Padre
* Madre
* Figlio/a/i
* Fratello/i + sorella/i
* Nuora/Genero
* Cognato/a
* Zio/a
* Nessuno
* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **CAREGIVER FAMILIARE (INTERVENTO 1 ASSISTENZA AL CAREGIVER)**
* Assiste il beneficiario per più di 14 ore giornaliere
* Assiste il beneficiario per meno di 14 ore giornaliere
* **BUONO PER L’ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO/A**
* contratto di assistente familiare convivente di 54 ore settimanali
* contratto di assistente familiare a tempo parziale, da 26 a 53 ore settimanali
* contratto di assistente familiare a tempo parziale, max 25 ore settimanali
* **CONTINUITÀ BUONO PER L’ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTO/A**
* Il beneficiario ha percepito il buono per l’assistente familiare regolarmente assunto a valere sul fondo FNA 2020 Misura B2 2021
* Il beneficiario non ha percepito il buono per l’assistente familiare regolarmente assunto a valere sul fondo FNA 2020 Misura B2 2021

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PUNTEGGIO SCALA ADL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | PUNTEGGIO SCALA IADL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **RELAZIONE SOCIALE** | | |
| **BENEFICIARIO – SINTESI BISOGNI**  (sintesi anamnestica e funzionale, percezione della propria condizione di bisogno e aspirazioni personali) |  | |
| **RETE/INTERVENTI ATTIVI**  (adeguatezza degli interventi in essere / necessità di implementazione - connessione tra i nodi della rete/ necessità di connessione) |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **OBIETTIVI PRESA IN CARICO** | |
| Obiettivo/i: | |
| Intervento/i previsto/i: | |
| Tempi di verifica  (INDICARE DURATA del progetto) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  VERIFICA 1. Raggiungimento degli obiettivi del progetto per assolvere al debito informativo con Regione Lombardia | |
| **Firma Composizione Equipe Valutativa (nominativi, ente di appartenenza e firme)**  - REFERENTE COMUNE:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - REFERENTE ASST (nei casi di valutazione congiunta):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Data: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROGETTO INDIVIDUALE DI ASSISTENZA CONDIVISO CON**:   * Beneficiario * Familiare * Amministratore di sostegno * Tutore/Curatore | Data e luogo: | Nominativo e Firma: |